

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1960

THÈSE ^{N°} 928
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'UNIVERSITÉ
PAR

ITTIECANDY Cougny Ramin
né le 27 Juillet 1927 à DHARMADOM (Inde)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT
DE L'ARTHRITE AIGUE DE LA HANCHE CHEZ L'ENFANT

Président : Mr. M. FEVRE , Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

1960



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556011_0008

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1960

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'UNIVERSITÉ
PAR

ITTIECANDY Cougny Ramin
né le 27 Juillet 1927 à DHARMADOM (Inde)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT
DE L'ARTHRITE AIGUE DE LA HANCHE CHEZ L'ENFANT

Président : Mr. M. FEVRE , Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	GORDIER (G.)
» (Prof: à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.	BAUMANN (J.)
Bactériologie.	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale.	JAYLE (M. F.)
» » (Prof: à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale.	FAUVERT (R.)
» » (Prof: à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
Beaujon.	PATEL (J.)
Cochin.	GOSSET (J.)
Hôtel-Dieu.	MOULONGUET (P.)
Saint-Antoine.	FÈVRE (M.)
Salpêtrière.	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DECOURT (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	LAMY (M.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	DEGOS (R.)
Clinique gynécologique (Broussais)	GATHALA (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	DELAY (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	LENÈGRE (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	SOULIÉ (P.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BARIÉTY (M.)
Bouicau.	DREYFUS (G.)
Broussais	KOURILSKY (R.)
Cochin.	DEBRAY (C.)
Hôtel-Dieu	GENNES (L. de)
Pitié.	DEROT (M.)
St-Antoine.	DAVID (M.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	LACOMME (M.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	MERGER (R.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	RENARD (G.)
Cliniques obstétricales	AUBRY (M.)
Baudelocque	LELONG (M.)
Foch (Suresnes)	MARIE (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	BERNARD (E.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MICHAUX (L.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	COSTE (F.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	DECHAUME (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	SÈNEQUE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	LEMAIRE (A.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	FEY (B.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	GIROUD (A.)
Clinique stomatologique (Pitié)	ÉLÈZE (S. de)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	VERNE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	
Clinique urologique (Cochin)	
Embryologie.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	
Histologie.	

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)	
— (Prof ^r à titre personnel)	DEPARIS (M.)	
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)	
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)	
Parasitologie	GALLIARD (H.)	
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)	
Pathologie exotique	LAVIER (G.)	
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)	
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)	
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)	
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)	
Physiologie	BINET (L.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	BARGETON (D.)	
Physique médicale	DOGNON (A.)	
» » (Prof ^r à titre personnel)	DJOURNO (A.)	
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)	
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LEGER (L.)	
Thérapeutique	BROUET (G.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Parasitologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie	NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUGHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONDSKI (J.), m. conf.	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHEL (G.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.		
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.) CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		
Obstétrique	BREGEAT (P.) SARAUX (H.)		
Ophthalmologie			

	MM.		MM.
	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Pédiatrie-Puériculture . . .	ROZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (G.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		
Pharmacologie	BOISSIER (J.)	Stomatologie	CERNÉA (P.)
	LECHAT (P.)		CHAPUT (H ^{me} A.), m.c. agr
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch.		GRELLET (M.)
	DEJOURS (P.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	GOUGEROT (L.), m. conf.		LAMOTTE (M.)
Physique médicale	pr. s. ch.	Urologie	QUENU (L.)
	KELLERSHOHN		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE		
	ABOULKER (P.)	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
	AMELINE (A.), pr. s. ch.		LEPAGE (F.)
	HUGUIER (J.)		MAYER (M.)
Clinique chirurgicale . . .	OLIVIER (G.)		RAVINA (J.)
	PADOVANI (P.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	POILLEUX (F.)		OFFRET (G.)
	ROUX (M.)	Clinique oto-rhino-laryngo-	
	VERNE (J.-M.)	logique	MADURO (R.)
	BOUDIN (G.)	Clinique pédiatrique et pué-	
	CONTE (M.)	riculture	LAPLANE (R.)
	DOMART (A.)	Clinique psychiatrique. . .	BARUK (H.)
Clinique médicale.	PERRAULT (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	RAMBERT (P.)	Médecine légale	GAULTIER
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)
Secrétaires M^{me} BEURLAND (H.), M^{lle} CHAINTREUIL (G.), M^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur en Chef M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs M^{lles} DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires { M^{mes} CONTET (J.), FORGET (F.),
M^{lles} LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Marcel FEVRE

Professeur de Clinique Chirurgicale infantile
et orthopédique ,

qui nous a fait le grand honneur
de présider notre Jury de Thèse.

Respectueux hommage.

A Monsieur le Docteur Pierre LANCE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris,

qui nous a inspiré et dirigé ce
travail.

Qu'il veuille trouver ici le témoignage
de notre reconnaissance et notre respect.

A Nos Professeurs de l'Ecole de Médecine de
PONDICHERY

A Monsieur le Professeur Pierre LACROIX

Professeur à l'Ecole de Médecine de Caen
Chirurgien de l'Hôpital de Caen

Nous lui devons tout ce que nous con-
naissons en chirurgie.

Puissent sa rigueur et son honnêteté
professionnelles nous servir d'exemples.

A la mémoire de notre père dont l'exemple nous
guida vers la Médecine.

A notre mère.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DE L'ARTHRITE

AIGUE DE LA HANCHE CHEZ L'ENFANT

---:---:---:---:---:---:---:---:---:---:---:---:---:---:---:---

I N T R O D U C T I O N

Avant l'utilisation des sulfamides et des antibiotiques, le traitement des arthrites aiguës était essentiellement chirurgical. Leur pronostic, qui était effroyable au siècle dernier, s'est progressivement amélioré; parallèlement les buts thérapeutiques ont gagné en exigence

Aujourd'hui, la chirurgie trouve ses indications de plus en plus réduites.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Durant une première période la préoccupation primordiale était de sauver la vie du malade menacée par l'infection : l'amputation était l'unique ressource.

Mais vers la fin du siècle dernier les chirurgiens tentèrent de conserver le membre : ce fut la période des résections préconisées par OLLIER ainsi que des arthrotomies larges. On obtenait la guérison au prix de l'ankylose du membre.

Avec la méthode de drainage actif de WILLEMS apparaissent les tentatives de conservation de la fonction articulaire. Les arthrotomies à minima répondaient également au même souci.

L'apparition des sulfamides et des antibiotiques a profondément remanié les conceptions thérapeutiques; dès 1940 sont publiés en France, des cas d'arthrites aiguës à streptocoques guéries sans intervention chirurgicale et sans immobilisation rigoureuse grâce à des ponctions évacuatrices et à des injections intra-articulaires.

Ces notions sont en grande partie valables pour les arthrites aiguës de la hanche chez l'enfant. Mais il faut tenir compte de certains facteurs particuliers :

- la hanche étant une articulation volumineuse, profondément située, son drainage correct est de réalisation difficile.

- Ces arthrites sont souvent d'origine ostéomyélique s'accompagnant de destructions osseuses importantes.

- Ces destructions jointes à la distension capsulaire due à l'épanchement provoquent la dislocation articulaire avec luxation.

- Les formes du nourrisson évoluant à bas bruits, leur diagnostic en temps utile est difficile.

- Les formes de l'enfant et de l'adolescent s'accompagnent d'un état infectieux grave qu'illustrent ces phrases d'OMBREDANNE :

... " Le diagnostic d'arthrite aigue de la hanche suffit : On opère mais trop souvent l'enfant meurt quelques soient les soins " ... et s'il guérit dans la plupart des cas " la luxation pathologique de la hanche est inévitable ".

On voit qu'OMBREDANNE était résolument interventionniste, mais par nécessité. L'arthrolomie était à son époque le geste salvateur, encore ne l'était-il que rarement.

PETIT, en 1934, réunit 23 observations d'ostéomyélite de la hanche avec 30 % de décès, ce qui représente un progrès sensible par rapport aux 50 % que signale BROCA. Il estime que la maladie " doit en partie sa gravité à la fréquence des formes septicémiques et pyohémiques " justiciables d'un traitement médical. Il déconseille l'intervention d'urgence mais préconise le drainage et l'immobilisation dans les formes aiguës localisées. Les idées directrices du traitement de ces arthrites ont d'ailleurs suivi les mêmes lignes que celles de l'ostéomyélite qu'on trouve souvent à leur origine : l'abstention chirurgicale a gagné de plus en plus de partisans.

CUILLEMINET publie en 1953, une série de 16 cas chez le nourrisson et il conclue par le schéma thérapeutique suivant :

- Mise en traction pour éviter la luxation
- Antibiotiques
- Ponctions suivies d'injections locales d'antibiotiques.

Pour M. FEVRE, l'impératif ancien de l'évacuation systématique du pus se trouve remplacé par la formule suivante :

- 1) Antibiotiques
- 2) Evacuation suffisante si nécessaire en tenant compte des arthrites résolutives
- 3) Immobilisation toujours.

A l'étranger les idées ont évolué sensiblement de la même façon.

HEBERLING (1941) rapporte une série de 74 arthrites de la hanche traitées selon la méthode de Willems avec 11 décès et 58 % de résultats satisfaisants.

HARMON et ADAMS publient en 1944 une série de 147 cas où ils adoptent une attitude plus nuancée : l'arthrotomie n'y trouve ses indications que lorsque les ponctions associées à la sulfamidothérapie s'avèrent inefficaces.

JESSE T NICHOLSON (1949) ne préconise l'arthrotomie que lorsque le diagnostic est tardif ou lorsque le drainage par ponction n'est pas satisfaisant.

Par contre D.W. BLANCHE dans une communication à l'Académie Américaine de Chirurgie Orthopédique (1951) s'élève contre l'abstentionisme et estime que l'arthrotomie précoce suivie d'immobilisation donne de meilleurs résultats.

Il en est de même de R.L. SAMILSON et collaborateurs (1958) qui estiment que l'abstention chirurgicale conduit dans un plus grand nombre de cas

à la luxation pathologique.

OBLETZ (1960) étudiant 15 cas observés en 10 ans à l'hôpital de BUFFALO (chez le nouveau-né et le nourrisson) insiste sur la nécessité du drainage précoce, sauvegarde de la tête fémorale. L'auteur admettant le point de vue défendu par PHEMISTER estime que le cartilage articulaire immergé dans le pus est digéré par les enzymes protéolytiques et que le seul moyen d'éviter cette destruction réside dans une évacuation aussi précoce que possible du pus intra-articulaire; " les antibiotiques ne peuvent remplacer le drainage chirurgical ".

De ce court rappel historique il ressort que si tous les auteurs sont d'accord sur l'intérêt du traitement par les antibiotiques, une certaine divergence persiste en ce qui concerne la place que doit garder le drainage chirurgical de l'articulation elle-même : systématique et précoce pour certains - à la demande et en se basant sur l'action des antibiotiques et de l'immobilisation plâtrée pour d'autres.

CHAPITRE II

FAITS CLINIQUES

L'étude que nous apportons est basée sur 15 observations d'arthrite aiguë de la hanche du nourrisson et du jeune enfant suivies et traitées dans le service de Chirurgie Infantile de l'Hôpital Saint Louis (Docteur P. LANCE).

Le diagnostic s'est basé sur les critères suivants :

1) Les signes cliniques habituels :

fièvre, douleurs, limitation des mouvements de la hanche et parfois même, signes locaux d'inflammation.

La ponction n'a pas été pratiquée systématiquement dans tous les cas.

2) Les preuves radiologiques inconstantes :

Augmentation de volume des parties molles périarticulaires mise en évidence par des clichés aux rayons mous.

- Distension capsulaire.
- Elargissement ou pincement de l'interligne articulaire.
- Flou ou irrégularité des contours osseux.
- Image géodique ou image de destruction osseuse.
- Anomalie de position du noyau épiphysaire etc

3) Les préseptions biologiques :

- Hyperleucocytose avec polynucléose
- Accélération de la vitesse de sédimentation des hématies.

Il faut signaler qu'un certain nombre de ces enfants ayant reçu des antibiotiques avant leur hospitalisation, le tableau clinique a présenté souvent un caractère atypique. C'est peut-être la raison pour laquelle il n'a pas été possible de retrouver de germe dans le liquide de ponction articulaire lorsqu'un tel examen a été pratiqué.

Le traitement a toujours comporté l'immobilisation du membre et l'administration des antibiotiques.

L'immobilisation a été réalisée par plâtre pelvipédieux, le membre en légère flexion et abduction. Dans certains cas l'extension continue a été utilisée, soit lorsqu'il s'agissait de nourrissons soit à titre provisoire. Dans certains cas où l'état du malade justifiait la surveillance de la région périarticulaire, le plâtre a été fendu en bivalves. D'autres fois on a préféré faire un nouveau plâtre après cet examen local. Chez le nourrisson, lorsqu'on craignait une luxation le membre fut immobilisé en première position de Lorenz.

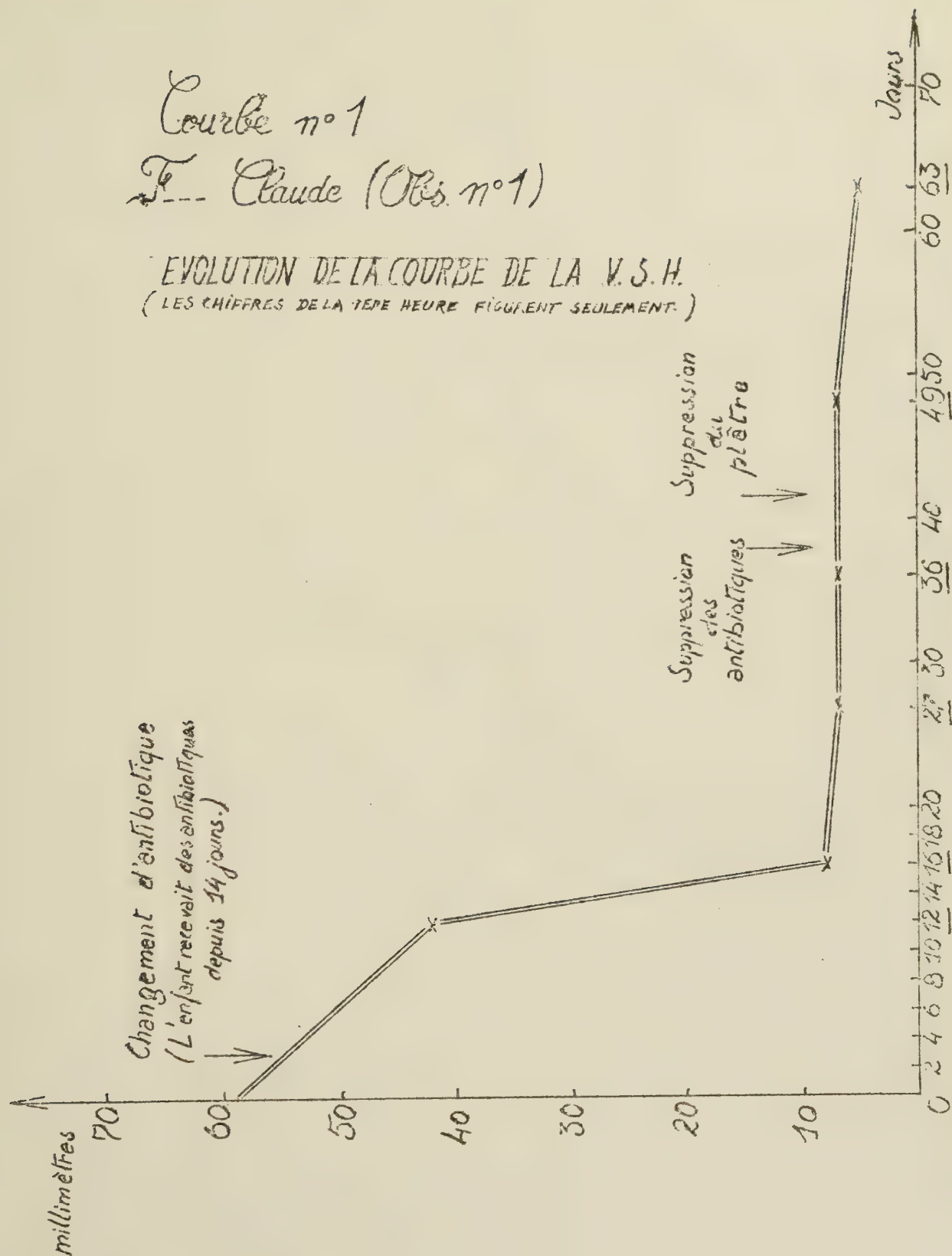
L'immobilisation a été réalisée aussitôt le diagnostic fait. Quant à sa durée, elle a varié de 3 semaines à 3 mois. Décider le moment où l'on pouvait sans risques enlever le plâtre a souvent posé de problèmes difficiles. Sur quel signe pouvait-on se baser ?

Sous l'effet du traitement les signes généraux disparaissent rapidement :

- les douleurs cèdent très vite à l'immobilisation
- l'apyrexie est obtenue en quelques jours
- la formule sanguine se normalise également en quelques jours.

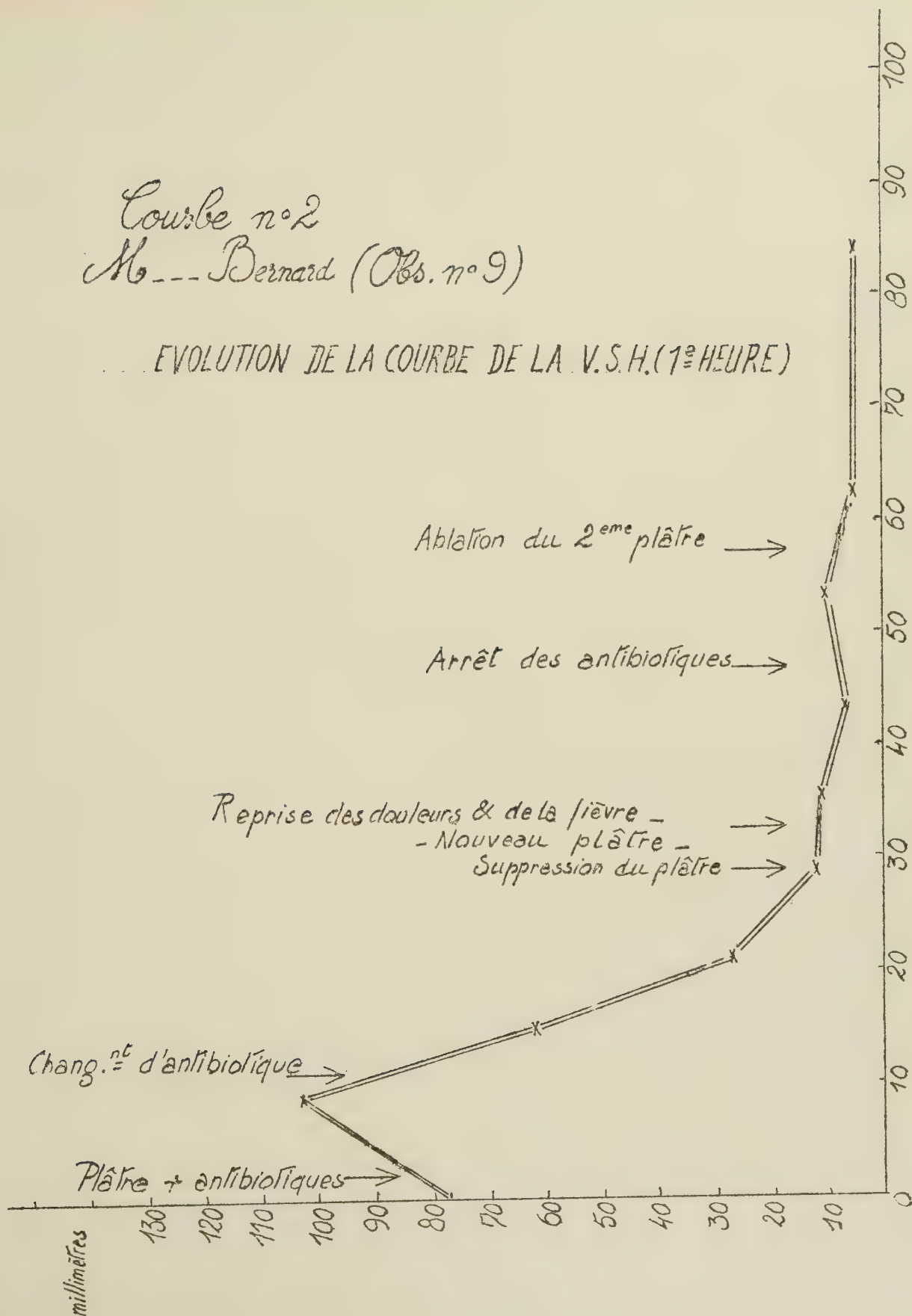
Courbe n° 1
F. Claude (Obs. n° 1)

EVOLUTION DE LA COURBE DE LA V. S. H.
(LES CHIFFRES DE LA TÊTE HEURE FIGURENT SEULEMENT.)



Courbe n°2
M. --- Bernard (Obs. n°9)

EVOLUTION DE LA COURBE DE LA V.S.H. (1^{re} HEURE)



Quant aux radiographies, elles ne peuvent être utiles que dans les cas où il existe des lésions ostéomyélitiques manifestes pouvant être comparées sur des clichés successifs.

C'est la vitesse de sédimentation des hématies qui s'est révélée être le critère le plus fidèle de l'évolution de la maladie. Toutes les fois que l'affection ne répondait pas à la thérapeutique sa courbe a accusé une ascension beaucoup plus nette que celle de la température.

Certes, après la poussée aiguë initiale, les chiffres anormalement élevés disparaissaient; mais la V.S.H. restait pendant plusieurs jours encore un peu au dessus des valeurs normales. Et pour conclure que le processus infectieux a cessé d'évoluer, il faut attendre qu'elle soit redevenue normale. Ce n'est qu'alors qu'on peut enlever le plâtre.

Les courbes suivantes nous fournissent deux exemples caractéristiques. La courbe n° 1 représente l'évolution habituelle de la V.S.H. au cours du traitement.

A propos de la courbe n° 2 on peut noter :

1°) L'augmentation des chiffres malgré l'immobilisation et les antibiotiques - chiffres qui n'ont commencé à diminuer qu'après changement des antibiotiques.

2°) La suppression du plâtre au 29ème jour, alors que la V.S.H. était à 13 mm, s'est soldée par une reprise des douleurs et de la fièvre.

3°) A la fin du traitement, la V.S.H. est descendue à 5 mm.
(Pour ne pas surcharger les tableaux, les chiffres de la 1ère heure ont seuls été représentés sur les courbes.)

La mobilisation de l'articulation, et à priori, la marche n'ont été autorisées qu'après une période de repos au lit pendant laquelle l'enfant ne recevait aucun traitement.

Les antibiotiques par voie générale ont été administrées de façon systématique. C'est l'association Pénicilline - Streptomycine qui fut utilisée d'emblée; elle s'est d'ailleurs montrée efficace dans la majorité des cas. L'utilisation d'autres antibiotiques s'est fondée en général sur des appréciations cliniques.

Les antibiotiques ont été administrées moins longtemps que l'immobilisation.

Il n'a pas été nécessaire de faire des injections intra-articulaires sauf dans un cas chez un nourrisson vu tardivement ou à l'occasion d'une ponction exploratrice.

Il en est de même des ponctions évacuatrices qu'on n'a été amené à pratiquer que de façon exceptionnelle.

Les enfants n'ont, en général, été autorisés à sortir de l'hôpital que lorsque la hanche avait récupérée une mobilité suffisante. Ils continuaient d'ailleurs à suivre des séances de mobilisation. Dans la mesure du possible ils ont été revus à intervalles réguliers.

Tels ont été les principes généraux du traitement appliqué aux 15 enfants dont nous avons groupé les observations sous trois rubriques :

- A) Les formes résolutives bénignes
- B) Les formes graves
- C) Les formes de diagnostic difficile.

FORMES BENIGNES RESOLUTIVES

OBSERVATION N° 1 :

F... Claude 14 ans, entré dans le service le 4 Décembre 1954.

Le début de l'affection remonte à 17 jours.

Douleurs et impotence fonctionnelle de la hanche droite accompagnées de fièvre ayant atteint 40°.

Soigné d'abord par Salicylate de soude puis par Pénicilline et Streptomycine : amélioration.

Envoyé à l'hôpital pour suspicion de coxalgie à la suite de la découverte chez le père de l'enfant d'une tuberculose pulmonaire évolutive,

A l'examen :

Température à 38°5

Mouvements limités et douloureux

Radiographies des poumons et de la hanche normales

Réactions tuberculiques négatives

Hémoculture négative

V.S.H. accélérée (59 et 93 mm).

Traitement :

Plâtre pelvipédieux

Antibiotiques : Pénicilline 1.000.000 d'unités et
Terramycine 1 gr par jour

Mais devant l'ascension progressive de la température, le plâtre est fendu en bivalves au 3ème jour, l'examen local et radiologique restent négatifs.

Remplacement de la Pénicilline par l'Erythromycine : la fièvre disparaît en quelques jours.

Le 17 Décembre - donc un mois après le début de la maladie - image de pincement articulaire confirmée 15 jours plus tard.

La V.S.H. recherchée toutes les semaines est passée progressivement :

de 42 mm et 95 mm le 9 Décembre

à 7 mm et 14 mm le 2 Janvier.

Suppression des antibiotiques au 36ème jour et du plâtre au 42ème jour.

Disparition du pincement articulaire.

Mobilisation.

L'enfant sort de l'hôpital le 24 Janvier (après 50 jours)

Il suit des séances de rééducation.

Le 12 Mars 1955, environ 4 mois après le début de l'affection :

Récupération fonctionnelle totale

Pas d'anomalie radiologique.

OBSERVATION N° 2 :

D ... Jean Claude 9 mois

Enfant soigné depuis 2 semaines pour une affection respiratoire, est admis le 13 Février 1951, car depuis 2 jours il tient son membre inférieur droit légèrement fléchi et pleure quand on y touche.

Température 37°8

Cuisse droite en flexion et abduction légères

Douleurs à la mobilisation

Limitation des mouvements

Hyperleucytose (16.600)

Accélération de la V.S.H. (32 et 45 mm).

Sur les radiographies : Refoulement discret du noyau épiphysaire.

La Ponction ramène 3 centimètres cube de liquide dont l'examen montre :

- De nombreux globules de pus

- Absence de germes.

Injection intra-articulaire de Pénicilline

Plâtre

Antibiotiques : Pénicilline 500.000 unités

Streptomycine 0,25 g

L'apyrexie est obtenue en 3 jours

Le traitement est continué pendant un mois au bout duquel la V.S.H. est à 6 et 15 mm.

Sur de nouvelles radiographies on ne retrouve aucune anomalie.

Mobilisation

L'enfant sort au 52ème jour.

Il est revu à 3 reprises dont la dernière le 27 Décembre 1952 (22 mois après le début de l'affection).

Mobilité normale mais marche avec une légère rotation externe.

Sur les radiographies, le noyau épiphysaire est sensiblement plus grand à droite.

OBSERVATION N° 3 :

B... Alain 11 mois.

Admis le 24 Décembre 1959 pour douleurs et limitation des mouvements de la hanche gauche accompagnées d'un état subfébrile ($37^{\circ}5 - 38^{\circ}$).

Traité aux antibiotiques.

La V.S.H. est à 67 et 115 mm.

Aucune lésion radiologique.

Extension continue.

Antibiotiques (Pénicilline et Streptomycine).

La température revient à 37° en 3 jours.

Au 15ème jour sur les radiographies on note un manque de netteté du contour osseux du cotyle.

On ne retrouve pas cette image au 30ème jour.

La V.S.H. est alors à 10 et 50 mm.

Arrêt des antibiotiques.

L'extension est maintenue jusqu'au 14 Février (7 semaines)

Nouvelles radiographies : elles sont normales.

Mobilisation.

L'enfant sort le 24 Février.

Il est revu le 23 Mars 1960 :

Mobilité normale de la hanche

Image radiologique normale.

OBSERVATION N° 4 :

D... Michel 2 ans.

Entre dans le service le 13 Janvier 1951 pour douleurs de la hanche gauche ayant débuté 8 jours auparavant.

Température 37°5.

Attitude antalgique du membre.

Douleurs à la mobilisation.

Limitation des mouvements portant surtout sur l'abduction et l'extension.

Hyperleucocytose (25.000) avec polynucléose (80 %)

V.S.H. : 25 et 80 mm.

Radio : irrégularité du bord inférieur du col.

Traitement :

Plâtre pelvipédieux

Pénicilline 600.000 unités et Streptomycine 0,25 g
par jour.

L'apyréxie est obtenue en 2 jours.

Au 25ème jour, changement de plâtre afin d'examiner la région malade et pour un nouvel examen radiologique : celle-ci confirme l'irrégularité constatée.

Au 40ème jour, suppression des antibiotiques et du plâtre.

La V.S.H. est alors à 6 et 20 mm.

On commence la mobilisation et la hanche est indolore.

L'enfant sort 4 jours plus tard : les images radiologiques sont normales.

Il est revu 2 mois après sa sortie.

La mobilité de la hanche est normale

Aucune séquelle radiologique.

OBSERVATION N° 5 :

P ... Angeline 11 mois est envoyée par un service de médecine infantile pour douleurs et limitation des mouvements de la hanche gauche avec état subfébrile.

L'examen montre en plus une hypertrophie de la racine de la cuisse.

Sur les radiographies, on note par comparaison au côté sain, une certaine irrégularité de l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale. Le noyau céphalique est en position normale.

Il y a hyperleucocytose et accélération de la V.S.H.

Traitement :

Extension continue

Pénicilline 500.000 unités et Streptomycine 0,25 g
par jour.

Disparition de la fièvre en 3 jours.

Au 8^e jour : plâtre qu'on enlève le 9 Septembre en même temps qu'on arrête les antibiotiques (Après 18 jours).

La V.S.H. est à 8 et 25 mm.

Sur les radiographies faites 10 jours plus tard on ne retrouve aucune anomalie.

L'enfant sort au 32^eme jour : la hanche est cliniquement et radiologiquement normale.

OBSERVATION N° 6 :

M ... Catherine 4 ans.

Admise le 7 Janvier 1955

Douleurs à la hanche gauche et boiterie depuis " quelques jours "

Puis, fièvre ayant atteint 39°.

A l'entrée :

Douleurs et limitation des mouvements portant sur la flexion

V.S.H. : 49 et 89 mm.

Hyperleucocytose (24.000) avec polynucléose (70 %)

Aucune anomalie radiologique.

Traitement :

Extension continue

Pénicilline et Streptomycine.

L'apyrexie est obtenue en 4 jours.

Le 3 Février - donc un mois après le début du traitement - on note sur les radiographies une petite irrégularité du bord interne du col.

Suppression des antibiotiques au bout de 5 semaines.

L'extension est remplacée par un plâtre afin de permettre à l'enfant de sortir de l'hôpital.

Elle est revue le 9 Mars : on enlève le plâtre (2 mois de traitement).

Les radiographies sont normales. La marche est autorisée.

Elle est revue de nouveau après un mois : il n'existe aucune séquelle clinique ni radiologique.

Dans l'observation précédente, on n'a pu situer le début de l'affection qui a vraisemblablement été très progressif.

Il arrive parfois, que du fait de son début insidieux on

l'attribue à un traumatisme réel ou imaginaire d'autant plus facile à trouver qu'il s'agit d'enfants. Mais il ne fait pas de doute que le traumatisme n'a fait qu'attirer l'attention sur une affection préexistante. Les deux observations suivantes sont de cette catégorie.

OBSERVATION N° 7 :

P ... Josette 7 ans.

Admise le 1er Janvier 1955.

Claudication douloureuse du membre inférieur gauche attribuée à un coup reçu le matin, mais les parents affirment que l'enfant se plaignait de sa hanche avant ce traumatisme.

A l'examen :

Température 38°5

Légère flexion et abduction de la cuisse

Douleurs et limitation des mouvements

V.S.H. 113 et 129 mm

Pas de lésion radiologique.

Traitement :

Extension continue

Pénicilline et Streptomycine.

En 3 jours la fièvre disparaît.

Au 15ème jour, l'extension est remplacée par un plâtre.

Arrêt des antibiotiques au bout de 30 jours.

Ablation du plâtre le 19 Février (7 semaines d'immobilisation).

Les radiographies sont normales

Mobilisation.

L'enfant sort 15 jours plus tard.

Elle est revue après un mois :

Récupération totale des mouvements
Aucune anomalie radiologique.

OBSERVATION N° 8 :

L ... Claude hospitalisé le 2 Avril 1957.

Il s'agit d'un garçon de 5 ans qui se plaint de sa hanche droite depuis qu'il a fait une chute 4 jours plus tôt.

Il présente en outre des séquelles de poliomyélite au même membre remontant à l'âge de 2 ans : amyotrophie du quadriceps et de péroniers, steppage et pied valgus.

A l'examen :

Douleurs à la palpation de la hanche droite

Limitation de l'abduction et de la rotation interne

Température : 37°6

Hyperleucocytose (14.600) avec polynucléose (80%)

V.S.H. : 18 et 45 mm.

Radiographie : Elargissement de l'interligne articulaire

Image de refoulement capsulaire.

Traitement :

Extension

Pénicilline et Streptomycine.

En une semaine la température est descendue à 37°

La V.S.H. est à 3 et 10 mm au bout de 15 jours

Au bout de 3 semaines, suppression des antibiotiques et de l'extension.

L'Image radiologique est alors normale.

L'enfant sort au 32ème jour :

Mobilité normale de la hanche

Image radiologique normale.

FORMES GRAVES

A côté de ces formes à évolution bénigne, il existe des formes graves : gravité qui peut tenir à plusieurs raisons :

- Importance des signes généraux rebelles aux traitements
- Importance des lésions artéoarticulaires capables de compromettre l'articulation.
- Association à un processus infectieux général mettant en jeu le pronostic vital.

Les observations suivantes nous fournissent des exemples :

OBSERVATION N° 9 :

M ... Bernard, 5 ans, entre dans le service le 30 Novembre 1956 pour des douleurs violentes de la hanche gauche avec fièvre à 39° évoluant depuis 3 jours.

A l'examen :

Augmentation de volume de la racine de la cuisse qui est en semi flexion et abduction.

Douleurs vives à la mobilisation et au palper de la hanche.

Hyperleucocytose (41.400) avec polynucléose (92 %).

V.S.H. : 78 et 116 mm.

Hémoculture et réactions tuberculiniques négatives

La température - contrôlée toutes les 3 heures - varie entre 38° et 39°.

Aucune anomalie radiologique

Traitement :

Plâtre pelvipédieux

Pénicilline 2.000.000 unités

Streptomycine : 0,50 gr

La fièvre diminue mais l'enfant continue à souffrir

Au 7ème jour, on complète le plâtre en prenant la cuisse opposée ce qui amène la sédation des douleurs.

Mais la V.S.H. augmentant encore, on remplace la Pénicilline et la Streptomycine par la Tifomycine.

La fièvre disparaît et la V.S.H. s'améliore : elle est de 13 et 37 mm au bout d'un mois.

Ablation du plâtre

De nouvelles radiographies sont pratiquées : elles sont normales.

Mais 3 jours après la suppression du plâtre, reprise de douleurs et de la fièvre : nouveau plâtre qui ramène tout à l'ordre.

La Tifomycine est arrêtée au 42ème jour. La V.S.H. est alors à 7 et 20 mm.

Le deuxième plâtre est enlevé au 28ème jour, ce qui fait un total d'environ 2 mois d'immobilisation.

Les radiographies sont toujours normales.

L'enfant est retenu dans le service pendant encore 2 mois durant lesquels on entreprend la mobilisation et l'on fait des contrôles radiologiques périodiques qui ne révèlent aucune lésion.

A la sortie de l'hôpital, après 4 mois, la hanche est cliniquement

et radiologiquement normale.

Malgré l'absence de lésion radiologique et d'épanchement articulaire important il s'agit là d'une forme dont les manifestations cliniques graves et tenaces n'ont cédé qu'à une immobilisation stricte et prolongée. C'est ce qui justifia son hospitalisation anormalement longue. Cette observation témoigne en outre de l'intérêt du contrôle régulier de la V.S.H.; nous l'avons citée en exemple plus haut.

OBSERVATION N° 10 :

F ... Philippe 2 ans $\frac{1}{2}$

Admis le 8 Septembre 1957.

Douleurs à la hanche gauche avec fièvre à 39°

Angine

Accélération de la vitesse de sédimentation des hématies

Hyperleucocytose

Augmentation de la fibrinémie (8,25 g par litre) et

Image radiologique normale.

Devant ce tableau on pense à une forme monoarticulaire de rhumatisme articulaire aigu et l'enfant est envoyé dans un service de médecine infantile.

Mais le traitement antirhumatismal s'avère inefficace.

Au 7ème jour : apparition de signes radiologiques discrets : léger élargissement de l'interligne et flou du rebord supérieur du col

D'autre part présence de colibacilles dans les urines.

Transfert dans le service du Docteur LANCE.

Traitement :

Plâtre pelvipédieux

Antibiotiques.

Le plâtre est renouvelé à deux reprises : au 12^{ème} jour et au 30^{ème} jour pour permettre l'examen local et radiologique. Ce dernier montre trois images géodiques alignées le long du rebord supérieur du col fémoral - images qui disparaissent pratiquement au bout d'un mois.

L'état général , très touché, s'est entretamps amélioré en même temps que la V.S.H. revient aux valeurs normales.

Arrêt des antibiotiques au bout de 25 jours.

L'enfant sort le 32^{ème} jour avec un plâtre qu'il gardera encore 28 jours.

Sur de nouvelles radiographies on note l'élargissement du col; on ne retrouve pratiquement pas les géodes.

Mobilisation.

Il est revu à plusieurs reprises.

La dernière fois, le 12 Novembre 1958 (14 mois après le début).

La marche est normale.

Par contre sur les radiographies: hypertrophie du noyau céphalique
-- élargissement du col fémoral.

Il s'agit là d'une arthrite d'origine ostéomyélitique dont on a des preuves radiologiques. Mais ces signes radiologiques, du fait de leur apparition tardive, n'ont pu empêcher l'erreur de diagnostic initial.-- diagnostic que la notion d'angine et la fibrinémie élevée ont contribué à égarer.

OBSERVATION N° 11 :

L ... Maria.

Enfant vue pour la première fois (le 16 Mars 1951) à l'âge de six semaines avec une arthrite de la hanche droite évoluant depuis 8 jours.

A la radio : lésions artéomyélitiques de l'extrémité supérieure de la diaphyse femorale avec luxation.

Ponctions répétées - Antibiotiques par voie générale et locale

Plâtre après réduction orthopédique.

Assèchement rapide de l'arthrite.

Le dernier plâtre est gardé jusqu'au mois de Juillet 1953 (2 ans et 4 mois).

Revue en Mai 1954 : Reproduction de la luxation avec disparition quasi totale du os fémoral.

Réduction sanglante à l'âge de 3 ans et 9 mois (à la Colonna).

L'enfant garde un raccourcissement de 3 centimètres .

La marche est indolore.

OBSERVATION N° 12 :

B ... Patrice 8 mois.

Envoyé le 4 Juillet 1958 par un service de médecine infantile où il était en traitement depuis 8 jours pour luxation avec réaction méningée.

A l'entrée :

Température à 37°6

Tuméfaction de la racine de la cuisse gauche

Douleurs et limitation des mouvements de la hanche.

Sur les radiographies : manque de netteté de l'extrémité supérieure de la diaphyse femorale et augmentation de volume des parties molles.

La V.S.H. est à 20 et 33 mm.

Extension continue

Antibiotiques.

Au 9ème jour poussée thermique à 39° avec vomissements, diarrhée et réaction méningée nécessitant son transfert au service de Médecine.

L'extension est néanmoins maintenue.

Cet épisode infectieux dura une semaine.

Suppression de l'extension au 20ème jour.

L'enfant sort 10 jours plus tard : les images radiologiques et la mobilité de la hanche sont normales.

L'arthrite de la hanche n'a été ici qu'une localisation secondaire d'un processus infectieux grave. Il n'en reste pas moins vrai que sa méconnaissance aurait pu avoir des conséquences graves à l'articulation.

FORMES DE DIAGNOSTIC DIFFICILE

Nous avons vu dans l'observation n° 10 comment on a pris pour une forme monoarticulaire de rhumatisme articulaire aigu, une arthrite d'origine ostéomyélitique. C'est que le diagnostic peut parfois présenter des difficultés réelles.

Deux difficultés sont à surmonter :

1°) Il faut déceler l'atteinte articulaire que des manifestations cliniques fort variées risquent de masquer : tel est le cas de l'observation n° 13.

2°) L'atteinte articulaire reconnue, il faut en préciser la nature exacte. Il existe en effet des formes à évolution prolongée où les ne sont pas suffisamment explicites pour pouvoir éliminer à coup sûr une coxalgie : l'observation n° 14 est de celles-là. Inversement, il peut s'agir d'infirmier le diagnostic de coxalgie devant une arthrite d'allure subaigue traitée comme coxalgie : c'est le cas de l'observation n° 15.

La biopsie est parfois seule à pouvoir trancher.

OBSERVATION N° 13 :

L ... Jean Michel 10 ans.

Entre le 28 Août 1957 pour douleurs de l'aine droite ayant débuté 17 jours plus tôt. Il est vu par un chirurgien le 2ème jour; celui-ci pense à une appendicite et l'opère. Mais les douleurs persistant, administration d'antibiotiques (Pénicilline et Streptomycine).

Au 7ème jour; apparition de placards érythémateux sur tout le corps ainsi que d'adénopathies inguinales axillaires et cervicales. Suspicion d'hémopathie maligne. L'enfant est envoyé dans le service du Professeur Jean BERNARD.

Les examens hématologiques se révèlent normales si ce n'est une forte leucocytose (34.000) dont 41 % de polynucléaires.

Douleurs et fièvre persistant, l'enfant est transféré dans le service du Docteur LANCE au 17ème jour.

On note :

Position antalgique du membre inférieur droit

Douleur à la mobilisation et au palper de la hanche droite

Au toucher rectal : douleur au niveau de la ligne innommée se propageant vers l'aine.

V.S.H. : 105 et 125 mm.

Discret élargissement de l'interligne articulaire.

Traitement :

Plâtre pelvipédieux

Pénicilline 4.000.000 d'unités

Streptomycine : 0,50 gr

Tifomycine : 1 gr

Fièvre et douleurs disparaissent en 3 jours.

Au 12ème jour changement du plâtre : la hanche est sèche, froide et indolore.

Radiographies : normales

Les antibiotiques sont arrêtées au bout de 30 jours

Le plâtre enlevé au 45ème jour

Mobilisation

Récupération totale au bout de un mois : la marche est indolore.

Aucune séquelle radiologique.

OBSERVATION N° 14 :

C ... Juliette 11 ans, admise dans le service le 7 Décembre 1957.

Douleurs à l'aîne gauche d'apparition brutale s'étant propagées à tout le membre inférieur gauche.

Etat subfébrile : le tout évoluant depuis 10 jours

L'enfant est soigné aux antibiotiques.

A l'entrée :

Oedème cyanotique de tout le membre

Douleurs et limitation des mouvements de la hanche

Empatement douloureux retrocrural

HYperleucocytose (13.200) avec polynucléose (76%)

V.S.H. : 40 et 78

Pas de trouble de la crase sanguine

Aucune lésion radiologique.

Antécédents :

A reçu du B.C.G. en 1956

Prurigo

Traitement :

Antibiotiques (Pénicilline et Streptomycine)

Extension continue que l'on remplace au 3ème jour par un plâtre.

Fièvre et douleurs cèdent.

Au 10ème jour section du plâtre en bivalves : l'examen clinique de la région n'apporte aucun élément nouveau : par contre sur les radiographies on note l'élargissement de l'interligne articulaire et le manque de netteté du contour osseux du cotyle.

Au 20ème jour, ponction articulaire qui ne ramène rien.

Au 30ème jour le plâtre est remplacé par l'extension.

Au 40ème jour suppression des antibiotiques.

L'empâtement rétrocrural persiste.

Au 54ème jour : Biopsie de la synoviale qui montre :

" Synovite fibreuse ... sans éléments inflammatoire actuel... et sans aucun signe de tuberculose ".

Au 70ème jour suppression de l'extension. La V.S.H. est alors normale.

Mobilisation :

L'enfant sort le 13 Mars 1958 (après un séjour de plus de 3 mois)

La marche est indolore.

Aucune anomalie radiologique.

Elle est revue à plusieurs reprises :

Le 15 Avril 1959 (13 mois après sa sortie de l'hôpital)

La hanche est normale tant du point de vue clinique que radiologique.

OBSERVATION N° 15 :

P ... Violette, 1 an est admise le 9 Avril 1956 pour douleurs et limitation des mouvements de la hanche droite accompagnées de fièvre et évoluant depuis un mois.

Sur les radiographies : aspect flou du noyau céphalique.

La ponction reste blanche.

D'autre part notion de contage tuberculeux possible.

V.S.H. : 29 et 44 mm

Les réactions tuberculiniques sont négatives.

Traitement :

Plâtre

Streptomycine et Rimifon.

Au 11ème jour : Biopsie de la synoviale et du col fémoral

L'examen histologique montre :

Sur la synoviale : vascularite inflammatoire sans aucun élément formel de tuberculose

Sur le col : aucune lésion tuberculeuse.

Immobilisation et antibiotiques jusqu'au 60ème jour.

Puis mobilisation.

L'enfant sort au 75ème jour.

Elle est revue trois mois plus tard :

Mobilité normale de la hanche

Aucune anomalie radiologique.

CHAPITE III

LES RESULTATS

Il convient en premier lieu de constater que sur les 15 observations 8 ont eu une évolution bénigne. Certaines d'entre elles pourraient être considérées comme des formes résolutives dont l'existence a été signalée par OMBREDANNE. Mais le caractère résolutif d'un plus grand nombre de cas doit être attribué à l'action des antibiotiques que ces enfants ont reçu dès le début - parfois même avant tout diagnostic.

L'arthrotomie n'a été pratiquée en aucun de ces 15 cas.

12 de ces enfants ont guéri sans séquelles cliniques ni radiologiques.

1 présente des séquelles radiologiques sans manifestations cliniques.

(hypertrophie du col et du noyau céphalique)

1 autre présente de séquelles cliniques et radiologiques peu importantes :

- . Marche avec le pied en rotation externe
- . Hypertrophie du noyau épiphysaire.

Chez ces enfants, l'avenir fonctionnel de l'articulation appelle des réserves.

Un dernier a présenté des séquelles importantes :

Disparition totale du noyau céphalique

Disparition partielle du col fémoral

Luxation pathologique.

Son état a nécessité une intervention reconstructive.

Il est à signaler que cet enfant a été vu à l'âge de 6 semaines au 8ème jour d'une arthrite de la hanche ayant déjà entraîné la luxation. Il a été soigné par ponctions, antibiotiques et plâtre. La réduction orthopédique a été tentée et maintenue pendant plus de 2 ans dans l'espoir de voir apparaître un bec cervical satisfaisant à partir des fragments cartilagineux qui auraient échappé à la destruction. Cette éventualité non-exceptionnelle ne n'est pas produite de façon satisfaisante.

L'arthrotomie de drainage aurait elle donné de meilleurs résultats ?

Nous ne le pensons pas. La suppuration articulaire a cédé très vite au traitement

Le noyau épiphysaire a probablement été détruite antérieurement.

CONCLUSION

L'étude de 15 observations d'arthrite aiguë de la hanche chez l'enfant permet de tirer les conclusions suivantes :

1°) Le pronostic vital de l'affection est devenu bon : il n'y a pas eu de décès. C'est aux antibiotiques que l'on doit ce résultat encourageant.

2°) Le pronostic fonctionnel est relativement favorable. On a obtenu les résultats suivants :

- 12 guérisons sans séquelles cliniques ni radiologiques
- 2 guérisons avec des séquelles cliniques et radiologiques légères
- 1 luxation avec destructions osseuses importantes.

3°) Le traitement actuel peut se résumer ainsi :

- 1 - Antibiotiques
- 2 - Immobilisation
- 3 - Ponctions évacuatrices au besoin. L'arthrolomie de drainage n'a que des indications exceptionnelles.

Il n'en reste pas moins vrai que pour être efficace ce traitement doit être institué dès le début de la maladie avant que des destructions ostéo-articulaires extrêmement rapides chez le nourrisson - aient pu compromettre la statique articulaire.

Vu, le Président de Thèse
Professeur M. FEVRE

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

OMBREDANNE

Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile

FEVRE M.

Chirurgie infantile d'urgence.

PETIT P.

Traitement précoce de l'ostéomyélite aigue de la hanche de l'adolescent
Thèse, Paris 1934.

GUILLEMINET M.

Les arthrites aiguës de la hanche du nourrisson et leurs suites éloignées.
Bruxelles - Médical Février 1953

LANCE P. et MALLET J.

ostéomyélite aigue spontanée des adolescents et ostéomyélite aigue du
nourrisson
Encyclopédie médico chirurgicale des articulations 14015 A 10

MONDOR H., Mme BRIAND-GARFIELD P et LEGER L.

Mem. Acad. Chir. 13 Mars et 3 Avril 1940.

HORTOULLE F.G.

Arthrites aiguës à germes banaux
Enc. Med. Chir. Os - articulation 14110 A 10

CHEVRETER L.E.

Arthrites aiguës ostéomyélitiques
Enc. Med. Chir. Os - Articul. 14110 C 10

LAURENCE G.

Physiopathologie de l'infection staphylococcique
La revue du Praticien - 1er Septembre 1953

MASSE P.

Les arthrites aiguës staphylococciques de la hanche
La revue du Praticien - 1er Septembre 1953.

HEBERLING J.A.

Revue de 201 cas d'arthrite suppurée
Journal of Bone and Joint Surgery - Oct. 1941

HARMON P.H. et ADAMS C.O.

Arthrites pyogéniques de la hanche - Résultats définitifs et considérations sur le diagnostic et le traitement
Sug. Gyn and Obst. 78 - 1944

NICHOLSON J.T.

Arthrite pyogénique accompagnée de luxation pathologique de la hanche
chez le nourrisson
J. Am. Med. Ass. 19 Nov 1949.

BLANCHE D.W.

L'ostéomyélite du nourrisson
J. of Bone and Joint Surgery - Janvier 1952

SAMILSON R.L., BERSANI F.A. et WATKINS M.B.

Arthrite suppurée aigue chez le nourrisson et l'enfant. Importance du diagnostic précoce et du drainage chirurgical.
Pédiatries - Mai 1958.

OBLETZ B.E.

Arthrite aigue de la hanche chez le nourrisson
J. of Bone and Joint Surgery 1960 - 42 - A 1

HEYMAN S. et KESSEL

Arthrite septique et ostéomyélite du nourrisson
J. of Ped. Mai 1953

POTTER C.M.C.

Ostéomyélite du nouveau né
J. of Bone and Joint Surgery - Nov. 1954

[illegible]

